



Norma técnica “Atención Preventiva en Salud Bucal” Oportunidad o Amenaza

María Clara González Carrera¹

“No acoger nada como verdadero, si antes no se conoce lo que es con evidencia; por lo tanto, evitar con cuidado la precipitación y la prevención; y no abarcar en los juicios nada que esté mas allá de lo que se presentaba ante mi inteligencia de una manera tan clara y distinta que excluya cualquier posibilidad de duda.” La evidencia es la intuición que no tiene duda porque refleja la luz de la razón.

René Descartes - Discurso del Método

Resumen

El propósito de este artículo es presentar un análisis de la Norma Técnica “Atención Preventiva en Salud Bucal” expedida por el Ministerio de Salud y que tiene como objetivo disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la población. En la Norma no queda claro la metodología con la cual se desarrolló; la bibliografía referenciada es pobre; al parecer cada una de las Normas y Guías se trabajó en forma independiente, facilitando el que se presenten contradicciones. Es necesario revisar la metodología, coordinar las actividades entre las diferentes Normas y Guías. La Odontología basada en la evidencia aparece como la herramienta de elección para el desarrollo de guías clínicas y de llegar a consenso entre las partes involucradas. Las Normas Técnicas no son una amenaza, constituyen una oportunidad: Para el Ministerio de garantizar criterios de calidad, para los usuarios una oportunidad de conocer sus derechos y para los profesionales son una oportunidad única de estudiar y discutir a fondo la forma más adecuada de lograr una óptima salud oral para toda la población. **Palabras claves:** normas técnicas, guías clínicas, prevención, salud oral.

Abstract

This paper presents an analysis on the “Oral Health Preventive Attention” Technical Rules, issued by the Health Ministry (Colombia, South America). The principal object of this Rule is to diminish the population’s most important caries development and periodontal disease risk factors. Nevertheless, the method by which the Rules were developed doesn’t appear clear and the references are poor. Additionally, it seems to be that each one of them was elaborated independently, with the consequent presence of inconsistencies. This analysis concludes that it is important to review the method employed, adequately coordinate the activities among the different Rules. Evidence based dentistry appears as the best tool for the development of clinical guides and consensus. Technical rules are not a threat: they give the Ministry the opportunity to guarantee quality standards, the patient an opportunity of knowing their rights, and the professional a unique opportunity to study and discuss the most adequate way of reaching the best oral health level for all the population. **Key Words:** oral health, prevention, clinical guides.

Introducción

Desde la expedición de las Normas técnicas y de las Guías de atención, es común escuchar ininidad de comentarios y críticas sobre lo estipulado en la resolución. La interpretación de su cumplimiento ha generado en algunos casos discusión entre las EPS y los

profesionales de salud. Al escuchar los diferentes argumentos, la primera impresión en la mayoría de los casos, es la de un desconocimiento de la profesión odontológica sobre ¿Qué son realmente las normas técnicas? ¿Cuáles son sus

1. Odontóloga U. Javeriana- Especialista en Odontopediatría Clínica y Ortodoncia Preventiva CES. Especialista en Docencia Universitaria U. El Bosque- Directora Postgrado Odontología Pediátrica U. el Bosque. Bogotá, Colombia

fortalezas y debilidades?, y ¿Cuáles son las oportunidades que nos ofrecen en nuestro ejercicio profesional? Con el ánimo de aportar elementos a la discusión, se presenta este artículo con el propósito de analizar el contenido de las normas técnicas, dentro de una visión integral del concepto salud-enfermedad.

El Ministerio de Salud, en uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el artículo 173 de la ley 100 de 1993 y de conformidad con lo establecido en el acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, expidió mediante la resolución número 00412 del 25 de febrero del 2000, **las normas técnicas y administrativas** de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida* para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y **las guías de atención** para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las EPS, Entidades Adaptadas y Administradoras del régimen subsidiado y para las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.⁽¹⁾

La Norma técnica según el artículo 3 de la resolución, es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de **protección específica y de detección temprana**; igualmente determina las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.⁽¹⁾

Los contenidos de las normas técnicas de protección específica y de detección temprana y de las Guías de atención, serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en

el país y el desarrollo científico y la normatividad vigente.⁽¹⁾

Las acciones de Protección específica garantizan la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad; mientras que las de Detección temprana permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.⁽¹⁾

Son acciones de Detección temprana reconocidas en el acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social: Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y desarrollo (menores de 10 años); Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años); Detección temprana de las alteraciones del embarazo; Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años); Detección temprana del cáncer de cuello uterino; Detección temprana del cáncer de seno; Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.⁽¹⁾

La Atención Preventiva en Salud Bucal es una norma técnica de Protección específica, junto con las normas de vacunación, Atención del parto, Atención al Recién Nacido y Atención en planificación familiar a hombres y mujeres. Tiene como objetivo disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la población, a través de: El control y la remoción de la placa bacteriana, la aplicación de flúor, sellantes y el detartraje supragingival, para toda la población mayor de 2 años, afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado.⁽¹⁾

Las guías de atención se definen como el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social: Bajo peso al nacer, Alteraciones asociadas a la nutrición, Infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda-

* Demanda Inducida: Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, que garanticen el acceso a las actividades de protección específica, detección temprana y a la atención de enfermedades de interés en Salud Pública.⁽¹⁾

cólera, tuberculosis, meningitis meningocócica, asma bronquial, Síndrome convulsivo, fiebre reumática, Estrabismo-cataratas, enfermedades de transmisión sexual, hipertensión arterial, hipertensión y hemorragias en el embarazo, menor y mujer maltratados, diabetes juvenil y del adulto, lesiones preneoplásicas de cuello uterino, lepra, malaria, dengue, leishmaniasis cutánea y visceral, fiebre amarilla.⁽¹⁾

Una motivación filosófica

El cambio es una realidad inherente a la existencia humana, vivimos transformándonos; la ciencia y la tecnología avanzan conforme se transforman y las ciencias de la salud con sus paradigmas son buen ejemplo de ello; los paradigmas con sus teorías y leyes proporcionan modelos que son tomados como puntos de referencia por la comunidad científica, algunos se definen mejor conforme se van probando en la realidad y otros, al mostrar su insuficiencia, cambian en consecuencia a su pertinencia histórica y social.⁽²⁾

El cambio constante conduce a pensar que todo es transitorio; mientras las antiguas culturas duraron milenios, las nuevas llegan a su fin en décadas; lo que hasta hace poco se consideró inmutable, hoy en día está sujeto a cambios cada vez más acelerados, hasta llegar a un punto en que los descubrimientos científicos importantes sean cotidianos; estos cambios necesariamente nos conducen a concepciones diferentes a las actuales, donde la ciencia y la tecnología tendrán que asumir nuevos paradigmas más científicos y humanistas.⁽²⁾

El concepto salud-enfermedad, no ha sido ajeno a estas transformaciones. Hacia el futuro, lo patológico habrá trascendido la individualidad y será visto como consecuencia de una serie de factores personales, sociales, ambientales y otros que pueden llegar a determinar un estado de salud; la enfermedad se llegará a concebir como algo complejo, multidimensional y multifactorial, muy difícil de medir en términos reduccionistas sólo biológicos o económicos.⁽²⁾

Hemos inaugurado la época histórica más rica en cambios, por lo mismo es imprescindible rectificar

nuestra visión del mundo, del país y de nuestro quehacer profesional. La ley 100 de Seguridad Social, las nuevas filosofías administrativas y económicas en el ejercicio, la optimización de los recursos y el buscar la mejor calidad al menor costo, crean nuevos dilemas y paradigmas que dirigen nuestro ejercicio profesional por nuevos derroteros que reclaman a nuestra razón una reflexión oportuna y precisa, que nos permita avanzar en la búsqueda de la verdad.

De las normas y las guías en salud

La necesidad de orden, precisión y unificación de criterios; la escalada de los costos y en la demanda de los servicios; la introducción de nuevas tecnologías, ha despertado un enorme interés por el desarrollo de protocolos, guías, recomendaciones o normas que orienten el manejo clínico de muchas condiciones en salud, mejorando la efectividad del cuidado clínico y la calidad de atención. Este hecho ha despertado enorme expectativa entre los clínicos, encargados de tomar decisiones políticas o incluso entre los usuarios de los servicios. Sin embargo, son también muchos los que se oponen a este tipo de recomendaciones.⁽³⁾

Las guías de práctica clínica son un intento de síntesis de grandes volúmenes de conocimiento, en un formato listo para ser usado por quienes participan en la toma de decisiones sobre la salud; cuando se desarrollan siguiendo métodos rigurosos son consideradas como una forma de investigación original de tipo integrativo. Las guías pueden desarrollarse filosóficamente como consenso informal, consenso formal, y guías basadas en la evidencia.⁽³⁾

En las guías desarrolladas por consenso informal o juicio global subjetivo, un grupo de participantes, usualmente expertos en el tema de interés, deciden qué se debe recomendar, mediante discusión abierta, para lograr consenso. Los documentos creados de esta forma proporcionan limitada información respecto al proceso que se siguió en su desarrollo, con escasa discusión de las consideraciones teóricas y con una corta y

superficial revisión de literatura, cuando ésta existe. Es un método común, sencillo y rápido; el principal problema es que el resultado es de baja calidad. En consecuencia la falta de métodos documentados impide juzgar al lector si las guías fueron influidas por la evidencia científica o si dichas guías sólo incluyeron una parte de lo existente, omitiendo piezas valiosas que pudieran estar en contra de la opinión del grupo.⁽³⁾

Las guías desarrolladas por consenso formal, buscan un método estratégico mas formal para emitir sus conclusiones, un panel de expertos establece recomendaciones por medio del beneplácito alcanzado después de una serie de reuniones y conferencias que siguen un formato estructurado y que se adelantan durante unos dos días y medio. En este tiempo se realizan sesiones a puerta cerrada, que incluyen reuniones plenarias y discusiones abiertas, seguidas, durante el tercer día, por la presentación de los resultados a una audiencia mayor y a una conferencia de prensa. Este método ha sido utilizado por los Institutos Nacionales de Salud desde 1977 para el desarrollo de mas de 80 temas, representa un avance respecto al sistema informal, pero persisten problemas con la cantidad y calidad de la evidencia en que se basan las conclusiones.⁽³⁾

A partir de 1980, el Colegio Americano de Médicos propuso un método que trata de unir las recomendaciones emitidas con la calidad de la evidencia existente. Se reúne un grupo de expertos en el tema y en metodología de la investigación que busca, evalúa y resume la evidencia existente, especialmente la publicada. Los documentos elaborados suelen incluir una revisión general del tema, un enunciado claro de los objetivos que se pretenden alcanzar, una descripción de los criterios para incluir o rechazar estudios, una descripción de los métodos de búsqueda y de análisis de los datos disponibles, un análisis de los aspectos económicos, la comparación de las diferentes tecnologías disponibles para la situación clínica, presentación de los hallazgos con las escalas de evidencia en pro y en contra de los procedimientos y finalmente una tabla que resume las recomendaciones. Su principal ventaja es que se fundamentan en una rigurosa evaluación de la evidencia disponible; su principal desventaja radica en que, a menudo no

es posible seguir todos los pasos precisamente por falta de evidencia aceptable.⁽³⁾

La odontología basada en la evidencia impulsa la profesión, al ofrecer la oportunidad de ejercer en una nueva era donde los problemas se vean como oportunidad de cambio. Existe gran resistencia a su implementación; los profesionales piensan que pierden su autonomía clínica. Sin embargo, la práctica de la odontología basada en la evidencia concientiza y permite usar el juicio clínico basado en la mejor evidencia para la toma de decisiones; requiere del odontólogo leer críticamente la literatura científica, convertir la necesidad de información clínica en una respuesta a una pregunta, usar las bases electrónicas de evidencia disponible, aplicar los resultados en la práctica y evaluar su desarrollo.⁽⁴⁾

Son pocas las publicaciones de literatura odontológica basada en la evidencia; sólo dos journal han sido escogidos en odontología para los estudios de calidad según esta metodología: El *British Dental Journal* y el *Evidence-Based Dentistry*, lo cual dificulta trabajar en este campo. La tarea apenas comienza, se requieren más trabajos de excelencia, validación de los métodos utilizados y más ensayos clínicos controlados. El desarrollo de guías clínicas sin evidencia, es sospechoso; porque donde no existe evidencia, reina la anarquía terapéutica, la tiranía de la tradición y el dominio de la autoridad impuesta.⁽⁴⁾

En la resolución 00412 de 2000 el Ministerio de Salud diferencia entre normas técnicas y las guías de atención, en cuanto al objeto a intervenir. Las primeras se encargan de prevenir e interceptar tempranamente la enfermedad y las últimas de cómo tratar las principales enfermedades de impacto en salud pública; sin embargo a los ojos de la metodología ambas pueden ser analizadas como guías pues dan recomendaciones obligatorias (en este caso) a los profesionales de la salud y a las instituciones encargadas de cómo prevenir, detectar y tratar circunstancias clínicas específicas.

Comentarios generales

El solo hecho de que el Ministerio de Salud busque, a través de las normas y guías, garantizar

parámetros mínimos de calidad y eficiencia a la población, es por sí mismo un hecho loable desde todo punto de vista y más bajo la vigencia de una ley de seguridad social en salud atacada por utilitarista, donde se asegura la eficiencia pero no la equidad y donde los proveedores en muchas ocasiones distorsionan los alcances propuestos por la misma. Desde este punto de vista, puede considerarse un buen inicio y como toda obra humana, susceptible de ser mejorada. Las normas técnicas y guías de atención no constituyen una amenaza; por el contrario, son una oportunidad para los profesionales, para los gremios, para las facultades de odontología, para las sociedades científicas y para la comunidad en general, de interactuar con el Ministerio, de analizar la propuesta, de evaluar el desarrollo de la misma y proponer, basados en la **evidencia científica** los cambios que sean necesarios.

Como guía clínica no queda clara la metodología con que se realizaron las normas técnicas y las guías de atención, ni cuál nivel de evidencia podría tener cada una de las recomendaciones, siendo mucho más evidente esta debilidad en la norma para la Atención Preventiva en Salud Bucal, donde la bibliografía referenciada es pobre.

La normatividad presentada, no permite en muchos aspectos ver el ser humano en toda su extensión, excluye otros órdenes que también constituyen la persona y que se alteran con la enfermedad; La salud oral no puede verse única y exclusivamente como la presencia de caries y enfermedad periodontal en forma localizada; su presencia o ausencia necesariamente afecta y se afecta con la presencia simultánea de trastornos sistémicos tales como la desnutrición, la diabetes, el SIDA, el cáncer, y la fiebre reumática; la caries de la infancia temprana está íntimamente relacionada con el maltrato infantil. Por otro lado son bien conocidos los cuidados que requieren en salud oral las mujeres embarazadas y los pacientes bajo tratamiento de quimioterapia y radioterapia. Al trabajar en forma individual cada norma, o cada guía, además de desconocer la integralidad del ser humano al desmembrar la salud por patologías, no se permite potencializar los esfuerzos, sino que por el contrario llegan a presentarse inclusive contradicciones entre ellas.

Por qué la norma técnica para la atención preventiva en salud bucal se inicia a partir de los dos años? Qué sucede con la salud oral de los menores de dos años? No es acaso el período de erupción dental de alto riesgo para el inicio de la caries dental? Y por otro lado, las alteraciones del crecimiento y desarrollo acaso no incluyen el complejo craneofacial?. La norma técnica para la atención preventiva en salud bucal debe necesariamente incluir a todos los individuos sin importar su edad y debe correlacionarse positivamente con las otras normas y guías, como la de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, etapa vital para la promoción, educación y prevención de todas las patologías orales.

Aunque se requiera enfatizar en las principales patologías, las normas deben trabajarse en equipos, basados en la evidencia y en consenso de grupos de expertos que logren una adecuada articulación de las mismas sin perder su pertinencia al medio y al verdadero objeto de la ley: **la salud de los Colombianos**, como individuos, no como sistemas o patologías aisladas; quien se enferma es el hombre, es la mujer, es el niño o la niña, no la boca, el sistema digestivo o el respiratorio.

Los odontólogos estamos obligados a conocer en su totalidad las normas y guías, no sólo la de atención preventiva en salud bucal, para de esta forma reconocer las amenazas y oportunidades que pueden presentarse para la salud oral en cada caso. Por ejemplo en la Norma Técnica para la detección temprana de anomalías del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, a partir de los 4 meses ya deben darse instrucciones de higiene oral unidas a la consejería en alimentación, prevención de accidentes y pautas de crianza; a partir de los 13 meses recomienda colocar sellantes y flúor, lo que la norma técnica para salud bucal sólo recomienda en el caso del flúor después de los 5 años; de la misma forma dentro de la inspección clínica, se tienen en cuenta parámetros de salud oral a supervisar como la adecuada erupción dental.⁽¹⁾

La prevención hoy es un trabajo en equipo, involucra al paciente dentro de su comunidad; el equipo comparte objetivos comunes, define

prioridades según las necesidades, por eso al normatizar este tipo de acciones debe tenerse en cuenta no sólo al individuo, su estilo de vida, sino también sus necesidades y las de su grupo.⁽⁵⁾ Ésto es mucho más relevante en un país como Colombia con tan diversas realidades socioculturales. Al normatizar la salud como derecho fundamental debe respetarse la universalidad (todos y cada uno) y la autonomía y no suplantar el paternalismo médico donde se imponía sin discusión su autoridad por un paternalismo económico impuesto por planificadores de la política sanitaria basados en un enfoque economicista y en un control burocrático cada vez más centrado en el costo-beneficio donde se desconoce a la persona como individuo.⁽⁶⁾

Comentarios específicos a la norma técnica para la atención preventiva en salud bucal (Ver anexos No. 1 y 2)

Las normas técnicas de protección específica tienen como objeto **garantizar la protección** de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de **evitar la enfermedad**. (Artículo 6) Sin embargo, en el caso de la atención preventiva en salud bucal, el objetivo se reduce sólo a disminuir los factores de riesgo más importantes para caries dental y enfermedad periodontal; no se habla de evitar la enfermedad, encontrándose una inconsistencia en el objeto mismo de la Norma.⁽¹⁾ Si se busca realmente evitar la enfermedad en el caso de la caries dental, se hace necesario tener en cuenta otros factores relacionados como el estilo de vida, no se puede generalizar, es necesario programar los controles según el riesgo del individuo. Para prevenir la caries, se requiere un diagnóstico antes de que la lesión se observe clínicamente, y se produzca la cavitación.⁽⁵⁾

La norma justifica las actividades e intervenciones reglamentadas en los resultados del III ENSAB, donde se observa una notable mejoría con lo reportado en el estudio del 77-80⁽¹⁾. Sin embargo, hay varios factores a tener en cuenta en estos resultados: El III ENSAB no incluyó a los menores

de 5 años por lo tanto no es tan fácil asegurar que los menores de 5 años no requieran de la colocación de flúor tópico, como si se tratase de población de bajo riesgo; por el contrario el mismo estudio mostró que el 60.4% de los niños tenían historia de caries, la historia de caries se considera un predictor de clasificación de alto riesgo para caries dental, y el 54.8% de los niños a los 5 años ya presentaban una o más lesiones cavitarias en dentición decidua.⁽⁷⁾

La Norma Técnica tiene como objetivos específicos: el control y la remisión de la placa bacteriana (factor etiológico para las dos enfermedades); la aplicación tópica de flúor, la aplicación de sellantes y el detartraje supragingival.⁽¹⁾

González y Col. reportaron para los niños de 3 y 4 años de la ciudad de Bogotá en el 2000, una historia de caries del 73% y una prevalencia del 70.1% bajo los criterios de ceo gruebbel modificado que mide la caries cavitacional; de acuerdo a los criterios de Nyvad que miden la caries incluyendo la lesión precavitacional y la lesión en mancha blanca. La historia de caries en la misma población fue del 97% y la prevalencia del 95%, estas diferencias de acuerdo a los criterios utilizados para diagnosticar caries dental también se reflejan en el tipo de superficie más afectada: bajo criterios cavitacionales fue la superficie oclusal en un 37.7% de la población analizada, con los criterios de Nyvad la superficie vestibular fue la más afectada en un 44.4% de la muestra; según la actividad la mayoría de las lesiones correspondían a procesos cariosos activos.⁽⁸⁾

Esta evidencia cuestiona ante todo la importancia del diagnóstico pues de éste depende el tratamiento a recomendar; cuestiona la poca importancia que se da en la norma técnica a los menores de dos años al no ser incluidos dentro de sus actividades directamente y cuestiona la regulación para flúor tópico, no indicado para menores de cinco años en la norma, ni en pacientes con aparente higiene oral adecuada pero que no están exentos de tener lesiones precavitacionales donde el flúor tópico es efectivo. El temor a una ingesta que conduzca a mayor riesgo de fluorosis dental no puede ser la única justificación para esta determinación pues no se

están teniendo en cuenta presentaciones efectivas y que bien manejadas pueden resultar más seguras en estos pacientes, tales como el barniz de flúor. El entrenamiento adecuado y actualizado del personal que maneja el flúor es un factor primordial a tener en cuenta en la normatización. ⁽⁵⁻⁹⁾ Los hallazgos bajo los criterios de Nyvad, donde la superficie mas afectada fue la vestibular podrían también abonar a la polémica sobre la colocación masiva de sellantes en dentición decidua en un país con flúor sistémico, donde se supone tenemos el mayor descenso de caries en las superficies lisas. ⁽⁵⁻⁹⁾

Excluir a los niños residentes en los municipios con altos contenidos de flúor en el agua, de la aplicación del flúor tópico por el riesgo a fluorosis dental, no está plenamente justificado. La fluorosis dental es una hipomineralización del esmalte, es una deficiencia biológica y estética que predispone a la aparición de otras entidades como **caries dental**, sensibilidad, fracturas dentales y maloclusión; la efectividad cariostática del flúor depende de su acción tópica en la interfase fluido oral -esmalte; por lo tanto, no se puede desconocer que bajo pautas clínicas controladas podría ser de gran beneficio en esta población. ⁽⁵⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁾

El III ENSAB reporta que el 11.5% de las personas analizadas presentaban fluorosis dental. Sin embargo, si se tiene en cuenta que el 12.5% presentó lesiones dudosas, la prevalencia podría aumentar; otros estudios locales muestran un aparente aumento de la fluorosis en algunas regiones del país, lo que justificaría ampliamente trabajar en una **normatividad para la prevención y el manejo de la fluorosis dental** independiente a la caries y enfermedad periodontal, y que tuviera en cuenta programas específicos para las zonas con fluorosis endémica. ⁽⁷⁾

Es importante revisar la evidencia que sustenta el restringir el detartraje a los individuos mayores de doce años; algunos niños desde los seis años exhiben depósitos mineralizados que deben removerse pues son factor etiológico de gingivitis. Si lo que buscamos precisamente es controlar los factores etiológicos para la aparición de la enfermedad periodontal, por qué limitar esta acción? ⁽¹⁰⁾

A lo largo de la norma se hace notorio la necesidad

de revisar la metodología, coordinar las actividades entre las normas y guías, llegar a consensos, evitar contradicciones, establecer conexiones con claridad en los flujogramas que favorezcan potencializar los esfuerzos; definir parámetros diagnósticos, revisar los términos usados, buscar que éstos sean claros, directos y sencillos; la clasificación de los individuos en grupos de bajo o alto riesgo en forma objetiva y científica, darían mayor consistencia y claridad a las recomendaciones. ⁽⁵⁻¹⁰⁾ Es así como se hace pertinente una pronta revisión sobre las indicaciones, contraindicaciones y técnica del uso del flúor tópico, incluyendo las indicaciones de uso para las cremas dentales; el mecanismo a seguir con el control de placa, en la aplicación de los sellantes y en las indicaciones para el detartraje.

A los profesionales y a las universidades nos queda el reto de aprovechar esta oportunidad, trabajar en favor de lograr evidencia científica de alta calidad que fortalezca en forma adecuada la normatividad presentada por el Ministerio.

Referencias

1. Ministerio de Salud. Resolución numero 00412 del 25 de febrero 2000. Diario Oficial. Viernes 31 de marzo de 2000. Edición Extraordinaria de 216 pags.
2. Ortiz Quesada Federico. Modelos Médicos. McGraw-Hill Interamericana. Primera Edición. México 2001.
3. Ruiz. M. Alvaro. Gómez R. Carlos. Londoño T. Darío. - Editores académicos. Investigación clínica: Epidemiología clínica aplicada. Capítulo 21. Lozano Juan M. Cuervo Luis. Centro Editorial Javeriano. 2001; 379-409.
4. Coulter Ian D. Evidence-Based Dentistry and Health Services Research: Is One Possible Without the other?- Journal of Dental Education. 2001; 65 (8) : 714-724.
5. González Ma Clara., Valbuena Luisa F., Zarta Olga, Martignon Stefania Arenas Marcela., Leaño Mónica. Ekstrand Kim. López Efraín. Christiansen Christian. Caries Dental. Guías de Práctica Clínica basadas en la Evidencia. Seguro Social. A.C.F.O.

6. Escobar Triana Jaime. M.D. Rector Universidad el Bosque. Implicaciones Bioéticas de la ley 100 de Seguridad Social. Seminario Internacional de Bioética. Justicia sanitaria en América Latina, Bogotá Septiembre 13-15 de 1998.
7. III Estudio Nacional de Salud Bucal. Ministerio de Salud. República de Colombia. Angela Franco. Sandra Tovar. Elizabeth Suárez. Sofía Jácome. Jaime Alberto Ruiz. 1999.
8. González Ma. Clara. Ruiz Jaime Alberto. Fajardo Ma. Claudia. Gómez Dominique. Moreno Sofía. Ochoa Ma. Juliana. Rojas Marcela. Perfil Epidemiológico de Caries Dental en niños escolarizados de 3 y 4 años utilizando los índices ceo de Gruebbel Modificado y criterios de diagnóstico para caries de Nyvad, Bogotá D. C. 2000. Universidad el Bosque.
9. Cárdenas Darío. Odontología Pediátrica. Fundamentos de odontología. Capítulo 3. Prevención y control de las infecciones de origen dento - Bacteriano. Escobar Alfonso. Pags. 30-110. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín. 1996
10. Escobar Alfonso. Recomendaciones a la Academia Colombiana de Odontología Pediátrica sobre la Norma Técnica Atención Preventiva en Salud Bucal. Octubre 27 2000.
11. Fejerskov O. et al. The nature and mechanisms of dental fluorosis in man. J. Dent. Res. 1990; 69: 692-700.
12. Horowitz. Fluoride and enamel defects. Adv Dent Res. 1989; 3(2):144 - 147.
13. Thylstrup A. et al. Clinical Appearance of dental fluorosis in permanent teeth in relation to histologic changes. Comm Dent Oral Epid 1978; 6: 315 - 328.
14. Fejerskov O. et al. Dental tissue effects of fluoride. Adv Dent Res. 1994; 8(1): 15 - 31.

Correspondencia

María Clara González: mariacia10@hotmail.com

**Norma Técnica para la atención preventiva en salud bucal.
Características del Servicio**

Objetivo Específico	Control y Remoción de Placa Bacteriana	Aplicación de Flúor	Sellantes	Detartraje
Definición	Busca conservar un bajo nivel de placa bacteriana en cavidad oral mediante identificación, demostración de técnicas de higiene oral.	Aplicar, frotar o poner flúor en contacto con porción coronal del diente para incorporarla a la superficie y producir mayor resistencia a la caries	Modificación morfológica de la superficie dental mediante barrera física en las fosas y fisuras profundas de los dientes.	Busca remover y eliminar en forma dinámica la placa bacteriana y los cálculos de la porción coronal del diente para disminuir la presencia de Gingivitis y Periodontitis.
Población Objeto	Mayor de 2 años	5 a 19 años	3 a 15 años	Mayor de 12 años
Periodicidad	De 2 a 19 años: Dos veces al año Mayor de 20 años: Una vez al año Aumenta con discapacidad o dificultad	Dos veces al año según indicaciones	Según indicaciones.	Una vez cada seis o doce meses.
Personal	Auxiliar de Higiene Oral bajo supervisión del Odontólogo General o por el Odontólogo.	Odontólogo General o Auxiliar de Higiene Oral en consultorio adecuado.	Odontólogo General o Auxiliar de Higiene Oral en consultorio adecuado.	Odontólogo General o Auxiliar de Higiene Oral en consultorio adecuado.
Técnica	Pastilla reveladora, identificación de superficies teñidas, índice de placa de O'Leary (mayor o menor de 15%), mostrar zonas con acúmulo de placa al paciente, evaluación técnica de higiene del paciente; indicaciones y recomendaciones. Crema dental: 0.5 cm.: 1.200 a 1.500 ppm. Sin ingerir. Profilaxis.	Paciente en sillón odontológico posición erecta, cabeza hacia adelante, succión disponible. Flúor en cubeta de tamaño adecuado hasta 2ml. ó 40% de capacidad de la cubeta. Se aíslan los dientes con rollos de algodón, se seca con jeringa; se inserta la cubeta con flúor por 4 minutos, el paciente debe permanecer con la boca cerrada y con succión. Con la cabeza inclinada hacia abajo se retira la cubeta, se le ordena espectorar y se succiona por 30 segundos. Se debe mantener supervisión continua previniendo ingesta.	Remoción de placa, aislamiento de los dientes, gravado ácido por un minuto para permanentes y 1.5 minutos para deciduos, lavado por 15 segundos, secado, aplicación del sellante de auto o fotocurado, evaluación del sellante, control de oclusión. Los sellantes deben evaluarse cada 6 ó 12 meses a juicio del operador.	Se realiza a juicio del operador, remoción de cálculos y manchas con cureta, posteriormente se realiza profilaxis, revisión para rediagnóstico; observar posibilidad de mayor compromiso para remisión a mayor complejidad con Odontólogo General o Periodoncista.

**Norma Técnica para la atención preventiva en salud bucal.
Características del Servicio**

Aplicación de Flúor	Aplicación de Sellantes
<p>Indicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hábito deficiente de Higiene Oral • Índice COP/ceo alto (historia de caries) • Malposición dentaria • Hábitos alimentarios ricos en carbohidratos • Aparatología de Ortodoncia • Superficie irregular del esmalte • Morfología dentaria Retentiva • Xerostomía • Pacientes con discapacidad física y/o mental <p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuada higiene oral • Dieta balanceada rica en fibra • Flujo salivar adecuado • Niños residentes en municipios con alto contenido de flúor en el agua, de acuerdo al inventario natural de flúor en las aguas para consumo público. 	<p>Indicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molares permanentes recién erupcionados con zurcos y fisuras angostos y profundos · Molares con zurcos profundos no remineralizados, deciduos o permanentes. Y que presenten algunas de las siguientes características: • Deficiente higiene bucal • COP/ceo alto (historia de caries) • Dieta rica en carbohidratos y azúcares • Malposición dentaria • Aparatología de Ortodoncia • Discapacidad física o mental

Tomado de Ministerio de Salud Resolución No. 00412 del 25 de Febrero del 2000. Diario Oficial (1)

